

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3208 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraite
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 74 27 30 61 Total des frais engagés : 26 150.2024 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : HABIBA CHOKIK Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 27/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHÉMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 879212

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENJELLOUN DRISS

Matricule : 32058 Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : 1674273067 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient :

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Affection ou maladie

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A ... 2024, le ... 13 FEV 2024 /

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Dr. OUHADI Soud
Ophtalmologiste
Bd. Akid Allam, Res. Annakha 4, 1er Etage, App. 3
Bouzniz (Prés Rés. Poissons) - Casablanca
Tél : 05 22 56 06 56

VOLET ADHERENT

DECLARATION

879212

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :
MUPRAS



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13 FEV. 2024	2		200 DH	Dr. OUHADI Souad Ophtalmologiste Hm. Res. Annakhlia 4, 1er Etage, Apt. 3 (à côté Poissons) - Casablanca 06 06 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/24	553,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur O. Souad
Maladies et Chirurgie des yeux
Adulte et Enfant

Cataracte - Lasik et esthétique des yeux
Chirurgie des paupières et des voies lacrymales
Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact
Permis de Conduire

keratocone



Casablanca, le: 13/02/2024

الدكتورة أها
أمراض و جرا
للكبار والصغار
جراحة العيون
جراحة قataract
جراحة وهم
الجفون
جراحة وهم
الدموع
جراحة وهم
الدمع
جراحة وهم
الضفت
دخص
1162
INPE: 091021162

الدار البيضاء في:

Mme Chakik Habiba

152.10
83.60

VALEX CP 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 10 jours)

140.00

VIRGAN GEL

1 goutte, 4 fois par jour

185.00

EOLE DUAL COLLYRES

1 goutte, 6 fois par jour

28.50

ICIN COLLYRES

1 goutte, 3 fois par jour

15.80

VITAMINE C 1 g

Goutte

653.90

Pharmacie SAHNOOUN
Dr. Fatima SAHNOOUN
Bd. Med Zafaf Hay Al Walaal Im.11
Tél: 0522 79 76 00 - INE: 092051762

Pharmacie SAHNOOUN
Dr. Fatima SAHNOOUN
Bd. Med Zafaf Hay Al Walaal Im.11
Tél: 0522 70 00 - INE: 092051762

Dr. O. Souad
Oncologue
Matrila 1, 1er Etage, Appart. 3
(Ces. Poissons) - Casablanca
Bd. AH 00 22 56 06 56

شارع العقيد العلام - إقامة الخلة - الطابق الأول رقم 3 - Bournazel - Casablanca - Tel.: 0522 56 06 56

05 22 56 06 56 (قرب مطاعم السمك) (ns) الدار البيضاء - الهاتف .
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla / (Près Résta)

Eole[®]
dual

PPC: 135,00



6 118001 101092
VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Daoudi, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

6 118001 040 85

أيسين[®]
Icin[®]

Lot: AA0400
Fab: 01 23
Exp: 01 25

PPV: 27DH50

Vita C 1000[®]
10 comprimés sans sucre
6 118000 032083

AMM N° 29 DMP/21

Vita C 1000[®]

PPV 15DH30
EXP 04/2026
LOT 3403716

VALEX[®] 500 mg
Valaciclovir
7 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 241645

83,60

VALEX[®] 500 mg
Valaciclovir
14 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 241652

152,60